



पुण्यश्लोक अहिल्यादेवी होळकर सोलापूर विद्यापीठ, सोलापूर



कौशल्य विकास केंद्र



कौशल्य विकास केंद्रातर्गत अभ्यासक्रम मान्यता / नुतनीकरण अर्ज

सुरु करु इच्छिणाऱ्या

अभ्यासक्रमाचे नाव :-

संस्था/महाविद्यालय/हॉस्पिटल/

संकुलाचे नाव :-

संस्थापक/संचालक/प्राचार्य/

डॉक्टर/अध्यक्ष/ विभागप्रमुख यांचे

नाव :-

संपर्क क्र. :- ई-मेल :-

### अ) संस्था/महाविद्यालय/हॉस्पिटलची माहिती

१.	स्थापना वर्ष		
२.	अभ्यासक्रम समन्वयकाची माहिती	पूर्ण नाव	
		पदनाम,	
		मोबाईल नंबर	
		ई-मेल आयडी	
३.	अभ्यासक्रमा संबंधित कार्यालयीन कामकाज पाहणाऱ्या कर्मचाऱ्याचे माहिती.	पूर्ण नाव	
		पदनाम,	
		मोबाईल नंबर	
		ई-मेल आयडी	

ब ) नविन सुरु करु इच्छिणाऱ्या अभ्यासक्रमाची माहिती

१	अभ्यासक्रमाचे नाव					
२	सुरु करु इच्छिणाऱ्या अभ्यासक्रमाचे उद्दिष्टे	१.		२.		३.
		४.		५.		६.
३	अभ्यासक्रमाचा कालावधी	३ महिने		६ महिने		१ वर्ष
४	विद्यार्थ्यांची प्रवेशासाठी शैक्षणिक पात्रता					
५	अभ्यासक्रमाची फलनिष्पती (विद्यार्थ्यांना कोणत्या क्षेत्रात रोजगार उपलब्ध होऊ शकतो याची सविस्तर माहिती).	१.		२.		३.
		४.		५.		६.
		७.		८.		९.
६	अभ्यासक्रमासाठी अपेक्षित विद्यार्थी संख्या	२५		५०		
७	अभ्यासक्रमासाठी लागणारी पाठ्यपुस्तके / संदर्भ पुस्तके यांची संख्या	संख्या (स्वतंत्र यादी जोडावी)				
८	कौशल्य विकास केंद्राच्या अभ्यासक्रम यादी व्यतिरीक्त नविन अभ्यासक्रम सुरु करावयाचा असेल तर अभ्यासक्रमासाठीचा आवश्यक तो वार्षिक पाठ्यक्रम, विषय, परीक्षा रचना व प्रश्नपत्रिकेचे स्वरूप यांची माहिती सोबत जोडलेल्या जोडपत्रक १, २ व ३ नुसार स्वतंत्र व सविस्तरपणे द्यावी.					
९	कौशल्य विकास केंद्राचे अथवा विद्यपीठ अनुदान आयोग (University Grants Commission (UGC), Pradhan Mantri Kaushal Vikas Yojana (PMKVY) National Skills Qualifications Framework (NSQF) किंवा समक्ष बोर्डचे इतर अभ्यासक्रम चालविले जात असल्यास त्याची कौशल्य विकास केंद्रास सविस्तर माहिती द्यावी.					

**क) अभ्यासक्रम सुरु करण्याकरिता आवश्यक असणाऱ्या भौतिक सुविधा**

१	संस्था / महाविद्यालय / हॉस्पिटल / संकुलामध्ये उपलब्ध वर्ग खोल्या	संख्या					
		क्षेत्रफळ (अंदाजे)					
		बेचेस					
२	सुविधा	१. फळा		२. प्राजेक्टर		३. संगणक	
		४. प्रिंटर		४.इ. रॉक्स मशीन		५. इंटरनेट	
३	प्रयोगशाळा/प्रात्यक्षिक खोली	संख्या					
		क्षेत्रफळ					
४	अभ्यासक्रमाशी निगडित साधन सामुग्री अथवा उपकरणे	(स्वतंत्र यादी जोडावी)					
५	ग्रंथालय सुविधा-	पुस्तकांची यादी जोडावी					
६	स्त्री/पुरुष प्रसाधन गृह	आहे		नाही			
७	लेडीज कॉमन रुम	आहे		नाही			
८	फायर ऑडीट / सेफ्टी ऑडीट रिपोर्ट	आहे		नाही			
८	प्रपत्र क्र. १/२/३ (फक्त पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमासाठी) जोडला	आहे		नाही			

**ड) अध्यापकांची माहिती**

१	प्रस्तावित अभ्यासक्रम शिकवण्यासाठी शिक्षकांची संख्या वैयक्तीक माहिती (Bio Data) व सोबत जोडलेल्या नमुन्याप्रमाणे शिक्षकांचे संमतीपत्र	
२	शिक्षकांचे संबंधित अभ्यासक्रमाच्या कौन्सिलचे नोंदणी केल्याचे प्रमाणपत्र (फक्त पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमासाठी)	

संस्थापक/संचालक/प्राचार्य/ \_\_\_\_\_ समन्वयकाचे नाव \_\_\_\_\_  
 डॉक्टर/अध्यक्ष/ \_\_\_\_\_  
 विभागप्रमुखांचे नाव \_\_\_\_\_  
 पदनाम \_\_\_\_\_ पदनाम \_\_\_\_\_  
 सही \_\_\_\_\_ सही \_\_\_\_\_  
 दिनांक - \_\_\_\_\_ शिक्का \_\_\_\_\_

## अनुक्रमणिका

अ. क्र.	माहितीचे नाव	जोडले आहे/नाही	पान क्रमांक
१	संस्था/महाविद्यालयाची घटना कार्य व उद्दिष्टे याची माहिती छायांकित प्रत		
२	संस्थेची नोंदणी प्रमाणपत्र व नोंदणीचे प्रमाणपत्र छायांकित प्रत (भारत सरकारच्या धर्मदाय आयुक्त कार्यालयाकडे किंवा कंपनी अॅक्ट नुसार प्रायव्हेट लिमिटेड कं. बॉम्बे नर्सिंग अॅक्ट (Bombay Nursing Act) मध्ये नोंदणीकृत)		
३	संस्थेच्या जागेची माहिती (७/१२ मालमत्ता पत्रक किंवा भाडेकरार पत्र व मालकाचे संमती पत्र)		
४	सदर अभ्यासक्रम आपल्या संस्थेत सुरु करण्या करीताचा संस्थेचा ठराव		
५	संबंधितास अभ्यासक्रमास समन्वयक म्हणून नेमणूक केलेले संस्था / महाविद्यालयाचे पत्र		
६	संस्थेचे अथवा संस्था चालकाचे पॅन कार्ड छायांकित प्रत		
७	संस्था चालकाचे आधार कार्ड छायांकित प्रत		
८	संस्थेचे अथवा संस्था चालकाचे अद्ययावत बँक पासबुक छायांकित प्रत		
९	संस्थेचे मागील किमान २ वर्षांचा लेखा परिक्षण अहवाल		
१०	अभ्यासक्रम शिकविणाऱ्या शिक्षकांची माहिती (शिक्षकाचा बायोडेटा, सर्व शैक्षणिक कागदपत्रे तसेच संबंधित अभ्यासक्रमातील प्राविण्यप्राप्त पदवी/पदविका, शिक्षकांचे अभ्यासक्रम संमती पत्र, २५ विद्यार्थ्यांकरिता किमान १ शिक्षक अभ्यासक्रमानुसार )		
११	अभ्यासक्रमासाठी लागणाऱ्या मुलभूत सुविधांची माहिती १. २५ विद्यार्थ्यांकरिता वर्ग (रंगीत छायाचित्र), २. भिक्ती फळा, संगणक, झेरॉक्स मशीन, प्रिंटर (रंगीत छायाचित्र), ३. विद्यार्थ्यां बसण्यास बेंचेस अथवा स्टडी चेअर विथ रायटिंग पॅड (रंगीत छायाचित्र) ४. प्रयोगशाळा अथवा प्रात्यक्षिक खोली (रंगीत छायाचित्र) इ. सर्व माहिती रंगीत छायाचित्रांसह जिओटॅगद्वारे देणे अनिवार्य आहे.		
१२	इतर भौतिक सुविधांची माहिती १. अभ्यासक्रमासाठी लागणाऱ्या साधन सामुग्री अथवा उपकरणे व त्यांची यादी (खरेदी केल्याच्या पावतीसह असल्यास व रजिस्टर मध्ये नोंद असल्याची) २. अभ्यासक्रमास आवश्यक पुस्तके तसेच ग्रंथालय पुस्तकांची यादी (पुस्तके खरेदी केल्याच्या पावतीसह असल्यास व रजिस्टर मध्ये नोंद असल्याची) ३. स्त्री / पुरुष प्रसाधन गृह (छायाचित्र) ४. स्त्रियांसाठी (लॅडिज) कॉमन रुम (छायाचित्र) इ. सर्व माहिती रंगीत छायाचित्रांसह जिओटॅगद्वारे देणे अनिवार्य आहे.		
१३	*फक्त पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमांकरिता प्रपत्र क्र. १ / २ / ३ जोडावे. १. अभ्यासक्रमाच्या आवश्यकतेनुसार ज्या हॉस्पिटलशी संलग्नित आहात त्या हॉस्पिटलची संपुर्ण माहिती देणे आवश्यक आहे. २. सदर प्रपत्र सॉफ्टवेअर मध्ये ऑनलाईन अर्जामध्ये समाविष्ट आहे त्याची प्रिंट जोडावी.		
१४	अनुक्रमांक १ ते १३ मध्ये शिर्षक लिहीलेले डिवायडर (Sticky Note/Paper Flag) जोडावे.		

## प्रस्ताव व कागदपत्रे सादरीकरणासाठी सुचना:

१. वरील अनुक्रमणिकेनुसारच प्रस्तावासमवेत द्यावयाच्या कागदपत्रांची जोडणी करुन त्या कागदपत्राचा पान क्रमांक लिहावा व एका प्रतीत प्रस्ताव सादर करावा.
२. प्रस्तावात सदरची अनुक्रमणिका व त्यानुसार कागदपत्रे जोडलेली नसल्यास आपला प्रस्ताव स्विकारण्यात येणार नाही याची सर्वांनी नोंद घ्यावी.
३. स्थानिक चौकशी भेटी दरम्यान संस्था / महाविद्यालयात अभ्यासक्रमा संबंधी मुलभुत सुविधा व भौतिक सुविधा यांचा अभाव आढळल्यास अथवा अन्य कारणास्तव स्थानिक चौकशी समिती कडुन नकारात्मक शिफारस आल्यास आपल्या प्रस्तावास मान्यता देण्यात येणार नाही.
४. नवीन अभ्यासक्रम सुरु करण्यासाठी प्रस्ताव सादर करते वेळी कागदपत्रे हाताळणी शुल्क (प्रोसेसिंग फीस) रु. १०००/- भरुन त्याची पावती प्रस्तावासोबत जोडणे आवश्यक राहिल.
५. विद्यापिठाने निश्चित केलेली प्रथम संलग्निकरण सुरक्षा ठेव रक्कम ही संस्थेच्या नावे राष्ट्रीयकृत बँकेत संलग्निकरण मान्यता पत्र मिळणे पूर्वी मुदत ठेव (F.D.) स्वरुपात किमान ५ वर्षांकरीता ठेवणे आवश्यक राहिल. व सदर मुदत ठेव विद्यापीठाच्या NOC शिवाय काढता येणार नाही असे हमी पत्र बँकेकडून घेऊन ते सादर करणे अनिवार्य राहिल.

कौशल्य विकास केंद्र प्रस्तावित अभ्यासक्रम सोडून नविन अभ्यासक्रम प्रस्तावित करत असल्यास अभ्यासक्रमाची (Syllabus) जोडपत्र १ (पान क्र. ६ ते ९), परिक्षेचे स्वरूप व प्रश्नपत्रिकेचे स्वरूप माहिती, जोडपत्र २ (पान क्र. १० व ११) नुसार मराठी किंवा इंग्रजी मध्ये द्यावी

जोडपत्र १

**Punyashlok Ahilyadevi Holkar Solapur University, Solapur**  
**SKILL DEVELOPMENT CENTRE**  
“Certificate/ Diploma Course in \_\_\_\_\_”  
**Syllabus**

**Duration of Course:** 3/6/12 Month

**Need of Course:**

1

2

3

4

5

**Employment and Entrepreneurship Opportunities From Course :**

1

2

3

4

5

**Tentative Fees :** \_\_\_\_\_

**Minimum Admission Eligibility for Student :** \_\_\_\_\_

# Punyashlok Ahilyadevi Holkar Solapur University, Solapur

## SKILL DEVELOPMENT CENTRE

### Syllabus Structure

Course Title : “ \_\_\_\_\_ ”

**Course Duration : 3 Months**

Name of Skill Course	Duration	Name of Paper	Paper	Hours Per Paper	Th.	Int.	Pract.	Credits
Certificate Course in	3 Months		I	45	80	20	0	3 Credits
			II	90			100	3 Credits
			III	90			100	3 Credits
<b>Total</b>				<b>225</b>	<b>80</b>	<b>40</b>	<b>200</b>	<b>9 Credits</b>

**Course Duration: 6 Months**

Name of Skill Course	Duration	Name of Paper	Paper	Hours Per Paper	Th.	Int.	Pract.	Credits
Certificate Course in	6 Months		I	45	80	20	0	3 Credits
			II	90			100	3 Credits
			III	90			100	3 Credits
			IV	45	80	20	0	3 Credits
<b>Total</b>				<b>270</b>	<b>160</b>	<b>40</b>	<b>200</b>	<b>12 Credits</b>

**Course Duration : 12 Months**

Name of Skill Course	Duration	Name of Paper	Paper	Hours Per Paper	Th.	Int.	Pract.	Credits
Certificate Course in	1 Year		I	45	80	20	0	3 Credits
			II	90			100	3 Credits
			III	90			100	3 Credits
			IV	45	80	20	0	3 Credits
			V	90			100	3 Credits
			VI	45	80	20	0	3 Credits
<b>Total</b>				<b>405</b>	<b>240</b>	<b>60</b>	<b>300</b>	<b>18 Credits</b>

**Abbreviations :**

Th.- Theory Evaluation,

Int.- Internal Evaluation,

Pract.- Practical Evaluation.

**SKILL DEVELOPMENT CENTRE**

**Course Title :**

**SYLLABUS Details**

1)	Paper Title		
2)	Paper No		
3)	Objectives of Paper	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
4)	Expected out comes from Paper	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
5)	<b>Content</b>		
	Unite-1	A B C D	Hour
	Unite-2	A B C D	Hour
	Unite-3	A B C D	Hour
	Unite-4	A B C	Hour



		D	
	Unite-5	A B C D	Hour
6)	Reference Book	1 2 3 4 5	



**Punyashlok Ahilyadevi Holkar Solapur University, Solapur**

**SKILL DEVELOPMENT CENTRE**

**Nature of Theory Question Paper**

“Course Title: \_\_\_\_\_”

**Time:** 3 Hrs.

**Total Marks:**80

**Instructions:**

1. All questions are compulsory.
2. The figure to the right indicates **full marks**.
3. Use of logarithmic table and calculator is allowed.

**Q.No.1) Multiple choice questions.**

**(20)**

1. \_\_\_\_\_  
a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_ d) \_\_\_\_\_
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

**Q.No.2) Write Short Note (any Four)**

**(16)**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

**Q.No.3.) Write Answer in Details. (Any Two)**

**(14)**

- 1.
- 2.
- 3.

**Q.No.4) Write Long Answer (any one).**

**(15)**

- 1.
- 2.

**Q.No.5) Write Long Answer.**

**(15)**

- 1.

**Internal Examinations of Total Marks: 20**

Pattern / Examination nature may be as follows (Any Two of Following):

Written test/ Seminar/ PPT Presentation/ Open book examination / Field Work report / Project Report etc.

**SKILL DEVELOPMENT CENTRE**

**Nature of Practical Question Paper**

**Time: 3 Hrs.**

**Total Marks:100**

**Instructions:**

1. Solve any two questions from section-I.
2. Solve any one questions from section-II.
3. 20 marks for viva.

**Section-I**

**Each question has 20 marks.**

- 1.
- 2.
- 3.

**Section-II**

**Each question has 40 marks.**

- 1.
- 2.

**Section-II**

**Viva 20 Marks**

प्रपत्र क्र .१ (पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमाकरिता)

**Letter of Permission for Attachment of Hospital to the Institute**

I/We \_\_\_\_\_, hereby declare that I/We  
are running \_\_\_\_\_ Hospital at the following  
registered address, \_\_\_\_\_ The registration number of Hospital is  
\_\_\_\_\_

I/We certify that our Hospital is attached  
to \_\_\_\_\_ Institute & I/We grant necessary permission  
to use our Hospital to the above mentioned. Institute for the purpose of teaching & conducting  
practical classes of Health Assistant/OT assistant.

Place:

Signature of Hospital Owner

Date:

Seal of the Hospital

प्रपत्र क्र .२ (पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमाकरिता)

**Letter of Permission for Attachment of Pathology lab to the Institute**

I/We \_\_\_\_\_, hereby declare that I/We are running \_\_\_\_\_ Pathology laboratory at the following registered address, The registration number of laboratory is \_\_\_\_\_

I/We certify that our laboratory is attached to \_\_\_\_\_ Institute & I/We grant necessary permission to use our laboratory to the above mentioned. Institute for the purpose of teaching & conducting practical classes of Lab related courses.

Place :

Signature of Pathologist

Date:

Seal of the lab

प्रपत्र क्र .३ (पॅरामेडिकल अभ्यासक्रमाकरिता)

**Letter of Permission for Attachment of Radiology Centre to the Institute**

I/We \_\_\_\_\_, hereby declare that I/We are running \_\_\_\_\_ Radiology centre at the following registered address, The registration number of laboratory is \_\_\_\_\_

I/We certify that our Radiology centre is attached to \_\_\_\_\_ Institute & I/We grant necessary permission to use our radiology centre to the above mentioned. Institute for the purpose of teaching & conducting practical classes of X-Ray Technician / CT scan technician courses.

Place :

Signature of Radiologist

Date:

Seal of the Radiology centre